

شیوع یبوست و یبوست عملکردی و عوامل خطر آن در شهر اصفهان

عمار حسن‌زاده کشتلی^۱، مرصی‌السادات هاشمی جزئی^۲، بابک دهستانی^۱، پیمان ادیبی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یبوست و یبوست عملکردی، از بیماری‌های شایع دستگاه گوارش است که اثرات منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دارد و بار اقتصادی بالایی به جامعه تحمیل می‌کند. این مطالعه، با هدف بررسی شیوع یبوست، یبوست عملکردی و عوامل مربوط به آن در جامعه انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه، بخشی از یک مطالعه‌ی بزرگ و جامع است که در آن ۴۷۶۳ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شرکت کرده‌اند. شیوع یبوست و یبوست عملکردی بر اساس معیار Rome III بررسی و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک سنجیده شد.

یافته‌ها: شیوع یبوست ۳۳/۴ درصد و شیوع یبوست عملکردی ۱۵/۲ درصد بود و هر دو نوع یبوست، در زنان شایع‌تر از مردان بود. احساس دفع ناکامل، شایع‌ترین علامت و استفاده از مانور دستی جهت دفع مدفوع، نادرترین و شدیدترین علامت بود. در حالی که دفع مدفوع سفت، خفیف‌ترین علامت بود.

نتیجه‌گیری: یبوست و یبوست عملکردی، اختلال شایعی در جوامع است که در زنان بیش از مردان بوده و این موضوع، نیازمند مداخلات جدید جهت پیش‌گیری و درمان است.

واژگان کلیدی: یبوست، یبوست عملکردی، عامل خطر

ارجاع: حسن‌زاده کشتلی عمار، هاشمی جزئی مرصی‌السادات، دهستانی بابک، ادیبی پیمان. شیوع یبوست و یبوست عملکردی و عوامل خطر آن در شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۵؛ ۳۴ (۴۰۴): ۱۲۸۹-۱۲۸۲

مقدمه

کشور ایران نشان داده است که شیوع یبوست و یبوست عملکردی، به ترتیب ۳۷/۰-۱/۴ درصد و ۱۱/۲-۲/۴ درصد بوده است (۸) و شیوع یبوست در شهر اصفهان تا ۳۲/۹ درصد گزارش شده است (۲).

یبوست، یکی از عوملی است که تأثیر به‌سزایی بر کیفیت زندگی افراد دارد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این بیماران کمتر از افراد عادی در جامعه است (۹). با توجه به شیوع بالای این بیماری، منابعی که به آن اختصاص داده می‌شود، زیاد است. در بین ویژگی‌های سرپایی، یبوست یکی از پنج تشخیص شایع در بین مشکلات گوارشی تشخیص داده شده توسط پزشکان است (۱۰). یبوست عملکردی، بار اقتصادی بالایی بر بیمار و جامعه داشته است که این امر به خاطر مزمن شدن این بیماری است (۱۱). میانگین هزینه‌ی اقتصادی یبوست برای هر فرد ۱۴۶/۸۴ دلار در ایران تخمین زده شده است که ۸۷/۶ درصد آن مربوط به هزینه‌های مستقیمی است

یبوست عملکردی، یکی از بیماری‌های عملکردی دستگاه گوارش است که با زور زدن، دفع مدفوع سفت، احساس دفع ناکامل، احساس انسداد، کمک گرفتن از دست به منظور خروج مدفوع و دفع کمتر از سه بار در هفته تعریف می‌شود؛ به طوری که معیارهای سندرم روده‌ی تحریک پذیر را نداشته باشد (۱). یبوست عملکردی، در بین زنان شایع‌تر از مردان است و شیوع آن با افزایش سن، افزایش می‌یابد (۲-۳). مطالعات انجام شده در آمریکا و اروپا نشان داده است که یبوست عملکردی در افراد بالای ۷۰-۶۰ سال، شیوع بیشتری دارد (۵-۴). شیوع یبوست عملکردی بر اساس تعاریف مختلفی که از آن شده است، متفاوت است؛ به طور مثال، شیوع یبوست در آمریکای شمالی بین ۲۷/۲-۱/۹ درصد و در اروپا بین ۱۷/۱-۱۵/۳ درصد بوده است (۶-۷). مطالعه‌ی مروری اخیر بر روی ۱۰ مطالعه‌ی انجام شده در

۱- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

که بیمار برای این بیماری پرداخت می‌کند (۱۲).

با وجود انجام مطالعات بسیار در بررسی اپیدمیولوژیک بیوست و بیوست عملکردی در ایران، نیاز به انجام مطالعه‌ای کامل‌تر احساس شد که بتواند محدودیت‌های مطالعات قبلی را برطرف کند. هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، بررسی بیوست و بیوست عملکردی و عوامل خطر آن در افراد جامعه در شهر اصفهان به عنوان سومین شهر پرجمعیت کشور ایران بود.

روش‌ها

جمعیت مورد مطالعه: این مطالعه، یک مطالعه‌ی مقطعی بود که در چهارچوب مطالعه‌ی اپیدمیولوژی بزرگ‌تری با عنوان **Study on the Epidemiology of Psychological, Alimentary Health and Nutrition (SEPAHAN)** انجام شده است (۱۲). این مطالعه، یک مطالعه‌ی جامع است که هدف آن، بررسی ارتباط بین شیوع اختلالات عملکردی دستگاه گوارش، سبک‌های مختلف زندگی، تغذیه و عوامل روان‌شناختی در جمعیت ایران است. جزئیات روش اجرای این طرح، به طور کامل در مقاله‌ی جداگانه‌ای گزارش شده است (۱۲). جمعیت مورد مطالعه، شامل ۱۰۵۰۰ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است که در ۵۰ بیمارستان، دانشکده و مراکز بهداشتی مشغول به کار بوده‌اند. افراد مورد مطالعه، از طریق نمونه‌گیری غیر تصادفی انتخاب شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل دانشجویان و استادان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند. پرسش‌نامه‌های این مطالعه، در دو مرحله‌ی جداگانه با فاصله‌ی ۳-۴ هفته در بین شرکت‌کنندگان توزیع شد تا دقت جمع‌آوری اطلاعات را افزایش دهد.

در مرحله‌ی اول مطالعه، پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک، عوامل سبک زندگی و رژیم غذایی در بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. در مرحله‌ی دوم، پرسش‌نامه‌ی جامعی جهت بررسی عوامل روان‌شناختی و علایم گوارشی در بین افراد توزیع شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات مربوط به هر دو پرسش‌نامه برای هر فرد در کنار هم قرار داده شد. در پایان، ۸۶۹۱ نفر (میزان پاسخ‌دهی ۸۶/۲ درصد) و ۶۲۳۹ نفر (میزان پاسخ‌دهی ۶۴/۶ درصد) به ترتیب در مرحله‌ی اول و دوم، پرسش‌نامه‌ها را به طور کامل تکمیل کرده بودند. در نهایت، اطلاعات مربوط به ۴۷۶۳ پرسش‌نامه‌ی مرحله‌ی اول و دوم مورد آنالیز قرار گرفت. این مطالعه با شماره‌ی ۲۹۰۳۶۳ توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شده است.

بررسی بیوست و بیوست عملکردی: بررسی علایم گوارشی مختلف مربوط به بیوست و بیوست عملکردی، از طریق نسخه‌ی

فارسی پرسش‌نامه‌ی تشخیصی **Rome III** برای بزرگسالان انجام شد. در زمان اعتباریابی این پرسش‌نامه، چنین استنباط شد که پاسخگویی به یکی از گزینه‌ها از بین ۶ گزینه که تناوب علایم را بررسی می‌کرد، مشکل بود و بدین منظور، گزینه‌ها به ۴ گزینه‌ی «همیشه»، «بیشتر اوقات»، «گاهی اوقات» و «اصلاً یا ندرتاً» تغییر داده شد. همچنین، در این پرسش‌نامه در مورد حضور این علایم در سه ماه گذشته سؤال شده بود.

بیوست عملکردی، به وضعیتی اطلاق می‌شد که افراد تمامی معیارهای زیر را داشته باشند: (۱) دو یا بیش از دو مورد از مواردی نظیر زور زدن حین دفع مدفوع، مدفوع سخت، احساس دفع ناکامل، احساس انسداد ناحیه‌ی آنورکتال، استفاده از مانور دست برای راحت کردن دفع و دفع مدفوع کمتر از سه بار در هفته، (۲) نادر بودن مدفوع شل بدون استفاده از مسهل‌ها و (۳) نداشتن معیارهای سندرم رودی تحریک پذیر. متغیرهای دیگر اندازه‌گیری شده: اطلاعات مربوط به سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات نیز از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. آنالیزهای آماری: متغیرهای کمی و کیفی از طریق میانگین \pm انحراف معیار و نسبت و درصد گزارش شد. شیوع بیوست، بیوست عملکردی و علایم آن‌ها در سن و جنس مختلف گزارش شده است. ارتباط بین بیوست، بیوست عملکردی و متغیرهای کیفی از طریق آزمون χ^2 انجام شده است. برای بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیرهای کمی از آزمون t استفاده شده است. بررسی ارتباط بیوست و بیوست عملکردی با متغیرهای مستقل از طریق آزمون رگرسیون **Binary logistic** انجام شده است. کلیه‌ی آنالیزهای آماری از طریق نرم‌افزار **SPSS** نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شده است. همچنین، $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۶۲۳۹ شرکت‌کننده در مرحله‌ی دوم مطالعه، تمامی اطلاعات دموگرافیک و علایم گوارشی برای کلیه‌ی آن‌ها در دسترس نبود. بنابراین، اطلاعات مربوط به ۴۷۶۳ نفر برای ورود به آنالیز انتخاب شد. از بین این افراد، ۲۱۰۶ نفر (۴۴/۲ درصد) مرد و ۲۶۵۷ نفر (۵۵/۸ درصد) زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $36/58 \pm 8/10$ سال (در محدوده‌ی ۱۸-۷۰ سال) بود. در این مطالعه، خانم‌ها با میانگین سنی $35/16 \pm 7/38$ سال از مردان با میانگین سنی $37/59 \pm 8/61$ سال، به میزان معنی‌داری جوان‌تر بودند ($P < 0/001$). اغلب شرکت‌کنندگان مطالعه (۸۷/۱ درصد) متأهل بودند و بیش از ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات دانشگاهی داشتند. زنان بیشتر از مردان تحصیل کرده بودند و تفاوت بین آن‌ها معنی‌دار بود ($P < 0/001$).

جدول ۱. مقایسه‌ی شیوع علائم مرتبط با یبوست در مردان و زنان

مقدار P	Odds Ratio (95% CI)	شیوع [تعداد (درصد)]			علائم
		زنان (n = ۲۶۵۷)	مردان (n = ۲۱۰۶)	کل (n = ۴۷۶۳)	
< ۰/۰۰۱	۱/۶ (۱/۴-۱/۸)	۱۳۹۰ (۵۲/۳)	۸۶۱ (۴۰/۹)	۲۲۵۱ (۴۷/۳)	زور زدن هنگام دفع
< ۰/۰۰۱	۱/۵ (۱/۳-۱/۷)	۱۰۲۴ (۳۸/۵)	۶۳۱ (۳۰/۰)	۱۶۵۵ (۳۴/۷)	مدفوع سفت
< ۰/۰۰۱	۱/۹ (۱/۲-۲/۲)	۶۸۰ (۲۵/۶)	۳۲۸ (۱۵/۶)	۱۰۰۸ (۲۱/۲)	کمتر از ۳ بار در هفته دفع مدفوع
< ۰/۰۰۱	۱/۶ (۱/۴-۱/۸)	۱۴۲۳ (۵۳/۶)	۸۶۱ (۴۰/۹)	۲۲۸۴ (۴۸/۰)	احساس دفع ناکامل
< ۰/۰۰۱	۱/۸ (۱/۶-۲/۱)	۹۹۰ (۳۷/۳)	۵۰۲ (۲۳/۸)	۱۴۹۲ (۳۱/۳)	احساس انسداد آنورکتال
< ۰/۰۰۱	۲/۶ (۲/۲-۳/۱)	۶۳۵ (۲۳/۹)	۲۲۴ (۱۰/۶)	۸۵۹ (۱۸/۰)	استفاده از مانور دستی جهت دفع مدفوع

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، یبوست در مردان با تحصیلات پایین‌تر شایع‌تر بود (۲۰/۷ درصد در افراد زیر دیپلم)، با این‌که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۲۵۰$). همچنین، یبوست و یبوست عملکردی در مردان غیر متأهل (۲۷/۸ درصد) ($P = ۰/۲۶۰$) و در سنین ۳۵-۵۰ سال (۲۶/۷ درصد) ($P = ۰/۶۴۰$) شایع‌تر بود و این تفاوت‌ها نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود. یبوست عملکردی در مردان با تحصیلات زیر دیپلم (۱۰/۲ درصد) ($P = ۰/۴۰۰$) و غیر متأهل (۱۰/۶ درصد) ($P = ۰/۷۴۰$) و سن ۳۵-۵۰ سال (۱۱/۲ درصد) ($P = ۰/۴۱۰$) شایع‌تر بود؛ اما این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود. بین یبوست و یبوست عملکردی و عوامل دموگرافیک مانند سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و سن در مردان ارتباطی وجود نداشت.

در جدول ۳ نشان داده شده است که یبوست در زنان با سطح تحصیلات پایین (زیر دیپلم ۴۵/۱ درصد و دیپلم ۴۳/۹ درصد)، شایع‌تر و این تفاوت معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۴$). همچنین، یبوست در زنان متأهل (۴۲/۳ درصد) ($P < ۰/۰۰۱$) و در زنان بالای ۵۰ سال (۴۳/۱ درصد) ($P = ۰/۰۳۰$) شایع‌تر و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود.

شیوع یبوست بر اساس تعریف معیار Rome III در سه ماه اخیر، ۳۳/۴ درصد بود که در مردان ۲۴/۸ درصد و در زنان ۴۰/۲ درصد بود و یبوست به صورت معنی‌داری در زنان شایع‌تر بود ($P < ۰/۰۰۱$).

بر اساس تعریف معیار Rome III پس از در نظر گرفتن معیارهای سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر، شیوع یبوست عملکردی در سه ماه اخیر ۱۵/۲ درصد بود که در زنان ۱۹/۵ درصد و در مردان ۱۰/۰ درصد و این تفاوت، معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$).

همان‌گونه که در جدول ۱ آمده است، شایع‌ترین علامت مرتبط با یبوست، احساس دفع ناکامل بود که شیوع ۴۸ درصد داشت و پس از آن، زور زدن هنگام دفع (۴۷/۳ درصد) شایع بود. علامت کمتر شایع در زنان و مردان، استفاده از مانورهای دستی جهت دفع مدفوع بود که ۱۸ درصد شیوع داشت و در مردان ۱۰/۶ درصد و در زنان ۲۳/۹ درصد بود ($P < ۰/۰۰۱$). کلیه‌ی علامت‌ها در زنان شایع‌تر از مردان بود ($P < ۰/۰۰۱$).

ارتباط بین شیوع یبوست و یبوست عملکردی با عوامل دموگرافیک در زنان و مردان در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. شیوع یبوست و یبوست عملکردی در مردان به تفکیک عوامل دموگرافیک

عوامل دموگرافیک	یبوست	مقدار P	یبوست عملکردی	مقدار P
سطح تحصیلات	زیر دیپلم (n = ۳۴۳)	۰/۲۵۰	۳۵ (۱۰/۲)	۰/۴۰۰
	دیپلم (n = ۷۸۱)	۱۹۱ (۲۴/۰)	۸۰ (۱۰/۲)	
	بالای دیپلم و زیر لیسانس (n = ۷۵۱)	۱۹۵ (۲۶/۰)	۷۳ (۹/۷)	
	لیسانس و بالاتر (n = ۱۷۰)	۲۹ (۱۷/۱)	۱۳ (۷/۶)	
وضعیت تأهل	متأهل (n = ۱۸۲۱)	۰/۲۶۰	۱۸۰ (۹/۹)	۰/۷۴۰
	مجرد/ طلاق/ همسر فوت شده (n = ۲۴۵)	۶۸ (۲۷/۵)	۲۶ (۱۰/۶)	
سن (سال)	۱۹-۳۴ (n = ۵۸۸)	۰/۶۴۰	۵۱ (۸/۷)	۰/۴۱۰
	۳۵-۵۰ (n = ۹۸۲)	۲۶۲ (۲۶/۷)	۱۱۰ (۱۱/۲)	
	> ۵۰ (n = ۱۴۲)	۲۹ (۲۰/۴)	۱۲ (۸/۵)	

جدول ۳. شیوع بیوست و بیوست عملکردی در زنان به تفکیک عوامل دموگرافیک

عوامل دموگرافیک	بیوست (درصد)	مقدار P	بیوست عملکردی (درصد)	مقدار P
سطح تحصیلات	زیر دیپلم (n = ۲۹۵) دیپلم (n = ۵۶۷) بالای دیپلم و زیر لیسانس (n = ۱۵۸۷) لیسانس و بالاتر (n = ۱۴۲)	۰/۰۰۴	۱۳۳ (۴۵/۱) ۲۴۹ (۴۳/۹) ۶۰۸ (۳۸/۳) ۵۲ (۳۶/۶)	۰/۷۱۰
وضعیت تأهل	متأهل (n = ۱۸۱۲) مجرد/ طلاق/ شوهر فوت شده (n = ۲۴۵)	< ۰/۰۰۱	۸۳۱ (۴۲/۳) ۲۱۱ (۳۵/۵)	۰/۰۰۱
سن	۱۹-۳۴ (n = ۱۲۱۳) ۳۵-۵۰ (n = ۱۱۵۷) > ۵۰ (n = ۶۵)	۰/۰۳۰	۴۶۶ (۳۸/۴) ۴۹۵ (۴۲/۸) ۲۸ (۴۳/۱)	۰/۰۰۳

مطالعه‌ی حاضر حاکی از آن است که زنان بیش از مردان مبتلا به بیوست هستند و هر علامتی که برای بیوست و بیوست عملکردی تعریف شده بود، در زنان شایع‌تر از مردان بود. این تفاوت، ممکن است به این دلیل باشد که زنان علامت‌های بیماری خود را بیش از مردان بروز می‌دهند. Pare و همکاران، نشان دادند که شیوع بیوست در آمریکای شمالی در زنان دو برابر مردان بوده است (۱۴).

در جمعیت ایرانی، در شهر اصفهان و تهران، بیوست و بیوست عملکردی در زنان شایع‌تر بود و این مطالعات، به طور تقریبی جمعیت مورد مطالعه‌ی مشابه و هم اندازه با مطالعه‌ی حاضر داشتند و همچنین، ابزار تعریف بیوست و بیوست عملکردی مشابه با این مطالعه بوده است (۳). شاید این تفاوت‌ها، به دلیل هورمون‌های جنسی و سیستم عصبی اتونوم بوده است که به تخلیه‌ی سیستم گوارشی مرتبط است (۳). ممکن است این تفاوت، به علت تأخیر در تخلیه شدن معده در زنان باشد که در مردان سریع‌تر است (۱۶).

Wald و همکاران، بیان کرده‌اند که افزایش پروژسترون در مرحله‌ی لوتئال با مدت زمان ترانزیت گوارشی در ارتباط بوده است، اما این فرضیه هنوز مورد بحث است (۱۷). با این وجود، طی مطالعه‌ی در سنگاپور، مشاهده شد که شیوع بیوست در مردان و زنان تفاوتی نداشته و این موضوع، شاید به خاطر محدودیت‌های مطالعه نظیر حجم نمونه و تفاوت در تعریف بیوست بوده است (۱۸).

بیوست و بیوست عملکردی در افراد بالای ۵۰ سال با جنسیت مؤنث شایع بوده است، اما ارتباطی بین شیوع آن و سن در مردان وجود نداشت. در مطالعات بسیاری نیز این فرضیه بیان شده است. در مطالعه‌ی Gonenne و همکاران، بیان شده است که افراد مسن، میزان دریافت مواد غذایی کمتری دارند و انرژی کمتری دریافت می‌کنند که همین موضوع، منجر به کاهش وزن و حجم مدفوع می‌شود و فرد را مستعد بیوست می‌کند (۱۹).

بیوست عملکردی در زنان تحصیل کرده (بالای دیپلم و زیر لیسانس ۲۰/۲ درصد) شایع‌تر بود، اما این تفاوت معنی‌دار نبود (P = ۰/۷۰۰). بیوست عملکردی در زنان متأهل (۲۰/۹ درصد) (P = ۰/۰۰۱) و در زنان بالای ۵۰ سال (۲۷/۷ درصد) (P = ۰/۰۰۳) به صورت معنی‌داری شایع‌تر بود (جدول ۳).

علامت استفاده از مانور دستی جهت دفع مدفوع، شدیدترین علامت بود که در ۱۵/۷ درصد شرکت‌کنندگان شدید بوده است و ۱۲/۱ درصد مردان و ۱۷ درصد زنان به صورت شدیدی درگیر این علامت بودند. علامتی که شدت کمی در بین شرکت‌کنندگان داشت، مدفوع سفت بود، اما از نظر آماری معنی‌دار نبود (P = ۰/۶۱۰). همچنین، تمامی علامت‌ها در زنان شدیدتر از مردان بود (جدول ۴).

بحث

شیوع کلی بیوست و بیوست عملکردی که در این مطالعه بررسی شد، به ترتیب ۳۳/۴ و ۱۵/۲ درصد تخمین زده شد که بیش از درصدی است که در سایر مطالعات دیگر در ایران و دیگر کشورها گزارش شده است و تنها مطالعات اندکی وجود دارد که شیوع بالاتری از این مطالعه گزارش کرده است (۱۳). شیوع بیوست در جهان ۱۴/۹ درصد در کانادا و ۱۶/۵ درصد در کره‌ی شمالی گزارش شده است (۱۴). شیوع بیوست در ایران، ۳۷/۰-۱/۴ درصد گزارش شده است (۱۲). شیوع بیوست عملکردی در چینی‌ها ۶ درصد و در زنان اسپانیایی ۲۸/۸ درصد بوده است و در جمعیت‌های ایرانی نیز ۱۱/۲-۲/۴ درصد گزارش شده است (۱۵). این تفاوت‌ها ممکن است به دلیل تعاریف مختلف بیوست در مطالعات مختلف باشد و همچنین، ممکن است به دلیل تفاوت در جمعیت مورد مطالعه باشد. شیوع بالای بیوست در این مطالعه، شاید به دلیل حجم نمونه‌ی بالای آن و عوامل محیطی مانند محیط کار، خدمات رفاهی ناکافی و یا پاسخ نامناسب به پرسش‌نامه‌ها باشد.

جدول ۳. مقایسه‌ی شدت علائم مرتبط با یبوست در مردان و زنان

مقدار P	شدت علائم مرتبط با یبوست تعداد (درصد)									علامت‌ها
	زنان			مردان			کل			
	شدید	متوسط	خفیف	شدید	متوسط	خفیف	شدید	متوسط	خفیف	
< ۰/۰۰۱	۱۸۷ (۱۳/۵)	۳۳۶ (۲۴/۲)	۸۶۷ (۶۲/۴)	۷۶ (۸/۸)	۱۹۱ (۲۲/۲)	۵۹۴ (۶۹/۰)	۲۶۳ (۱۱/۷)	۵۲۷ (۲۳/۴)	۱۴۶۱ (۶۴/۹)	زور زدن هنگام دفع
۰/۶۱۰	۷۶ (۷/۴)	۴۴ (۴/۳)	۹۰۴ (۸۸/۳)	۴۲ (۶/۷)	۲۸ (۴/۴)	۵۶۱ (۸۸/۹)	۱۱۸ (۷/۱)	۷۲ (۴/۴)	۱۴۶۵ (۸۸/۵)	مدفوع سفت
< ۰/۰۰۱	۹۰ (۱۳/۲)	۲۰۳ (۲۹/۹)	۳۸۷ (۵۶/۹)	۱۹ (۵/۸)	۷۳ (۲۲/۳)	۲۳۶ (۷۲/۰)	۱۰۹ (۱۰/۸)	۲۷۶ (۲۷/۴)	۶۲۳ (۶۱/۸)	کمتر از ۳ بار در هفته مدفوع
۰/۰۰۵	۱۵۸ (۱۱/۱)	۳۴۴ (۲۴/۲)	۹۲۱ (۶۴/۷)	۶۷ (۷/۸)	۱۹۶ (۲۲/۸)	۵۹۸ (۶۹/۵)	۲۲۵ (۹/۹)	۵۴۰ (۲۳/۶)	۱۵۱۹ (۶۶/۵)	احساس دفع ناکامل
۰/۰۹۰	۱۲۹ (۱۳/۰)	۲۵۸ (۲۶/۱)	۶۰۳ (۶۰/۹)	۵۰ (۱۰/۰)	۱۲۹ (۲۵/۷)	۳۲۳ (۶۴/۳)	۱۷۹ (۱۲/۰)	۳۸۷ (۲۵/۹)	۹۲۶ (۶۲/۱)	احساس انسداد آنورکتال
۰/۰۱۰	۱۰۸ (۱۷/۰)	۱۸۷ (۲۹/۴)	۳۴۰ (۵۳/۵)	۲۷ (۱۲/۱)	۵۷ (۲۵/۴)	۱۴۰ (۶۲/۵)	۱۳۵ (۱۵/۷)	۲۴۴ (۲۸/۴)	۴۸۰ (۵۵/۹)	استفاده از مانور دستی جهت دفع مدفوع

به ترتیب، شایع‌ترین و نادرترین علامت‌ها بوده‌اند، هم‌خوانی دارد (۲۷). نتایج مطالعه‌ی حاضر، تفاوت مختصری با دیگر مطالعات داشته است. برای مثال، مطالعات در جوامع غربی نشان داده است که شایع‌ترین علامت در افراد، زور زدن و نادرترین علامت، استفاده از مانورهای دستی برای دفع مدفوع بوده است (۲۸).

کابلی و همکاران، در مطالعه‌ی خود از تعریف مشابهی برای یبوست و یبوست عملکردی استفاده کرده است. یافته‌های مطالعه‌ی آنان نشان داده است که شایع‌ترین علامت، زور زدن هنگام دفع بوده است که به دنبال آن، دفع مدفوع سخت شایع بوده است و پس از آن، دفع کمتر از ۳ بار در هفته، احساس دفع ناکامل، احساس انسداد آنورکتال و استفاده از مانور دستی برای دفع مدفوع شایع بوده است (۳). مطالعه‌ی Drossman و همکاران نشان داده است که زور زدن هنگام دفع و مدفوع سخت با بروز یبوست در ارتباط بوده است (۲۸).

با توجه به حجم پایین مطالعات قبل، عدم وجود تعریف صحیح این اختلال و همچنین، عدم انجام چنین مطالعه‌ای در استان اصفهان، این مطالعه در استان اصفهان انجام شد. از نقاط قوت این مطالعه، بررسی شدت علائم در زنان و مردان بوده است که فرصت مناسبی برای بررسی زمینه‌های دیگر یبوست در مردان و زنان فراهم کرده است. دیگر نقطه‌ی قوت این مطالعه، بررسی یبوست و یبوست عملکردی در حجم نمونه‌ی بالا بوده است. از نقاط ضعف این مطالعه، این است که شاید تعمیم دادن نتایج این مطالعه به کل جامعه، نیازمند بررسی‌های بیشتری باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی به شماره‌ی طرح پژوهشی ۲۹۰۳۵۹ می‌باشد. منابع مالی و اعتباری طرح توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین شده است. از تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

مطالعه‌ی دیگری در جوامع غربی نیز همین فرضیه را بیان کرده است (۲۰). این تفاوت‌ها، می‌تواند به دلیل مصرف داروهای مختلفی باشد که افراد مسن جهت بیماری‌های مختلف مصرف می‌کنند. افراد مسن بیشتر احساس بیماری می‌کنند و بیش از افراد جوان علامت‌ها را بیان می‌نمایند و شاید این شیوع بالا، به خاطر بیان و بروز بیشتر علامت‌ها در این افراد باشد.

بر اساس نتایج این مطالعه، یبوست در زنان با سطح تحصیلات پایین شایع‌تر بوده است، در حالی که هیچ ارتباطی بین یبوست عملکردی و سطح تحصیلات وجود نداشته است و در مردان نیز بین یبوست و سطح تحصیلات ارتباطی نبوده است. مطالعه‌ی پورحسین‌قلی و همکاران نشان داده‌اند که سطح تحصیلات پایین، با یبوست در زنان ایرانی مرتبط بوده است که از فرضیه‌ی مطالعه‌ی حاضر حمایت می‌کند (۲۱). Koch و Sonnenberg بیان کرده‌اند که افراد مبتلا به یبوست، افراد با تحصیلات کمتری هستند (۲۲). مطالعه‌ی Chu و همکاران نشان داده است که افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر، بیشتر مستعد ابتلا به یبوست هستند (۲۳). این تفاوت‌ها شاید به دلیل عادت غذایی و دیگر عواملی باشد که در مطالعات در نظر گرفته نشده است و شاید به این دلیل باشد که افراد تحصیل کرده، بیشتر به سلامت خود اهمیت می‌دهند (۲۴).

زنان مبتلا به یبوست، بیشتر متأهل بودند و بین یبوست و یبوست عملکردی و وضعیت تأهل در مردان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، اما مطالعه‌ی کابلی و همکاران نتایج متفاوتی داشته و نشان داده است که یبوست و یبوست عملکردی، در افراد مجرد شایع‌تر است (۳). مطالعات بسیاری حاکی از آن است که بین وضعیت تأهل و یبوست مزمن، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۲۵-۲۶).

احساس دفع ناکامل و پس از آن نیز زور زدن، شایع‌ترین علامت‌ها بوده‌اند و کمترین علامت شایع، استفاده از مانور دستی برای دفع مدفوع بوده است. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعات دیگر مبنی بر این که احساس دفع ناکامل و استفاده از مانور دستی برای دفع مدفوع

References

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1480-91.
2. Adibi P, Behzad E, Pirzadeh S, Mohseni M. Bowel habit reference values and abnormalities in young Iranian healthy adults. *Dig Dis Sci* 2007; 52(8): 1810-3.
3. Kaboli SA, Pourhoseingholi MA, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Habibi M, Pourhoseingholi A, et al. Factors associated with functional constipation in Iranian adults: a population-based study. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2010; 3(2): 83-90.
4. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health* 1990; 80(2): 185-9.
5. Campbell AJ, Busby WJ, Horwath CC. Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47(1): 23-6.
6. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004; 99(4): 750-9.
7. Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 2008; 8: 5.

8. Iraj N, Keshteli AH, Sadeghpour S, Daneshpajouhnejad P, Fazel M, Adibi P. Constipation in Iran: SEPAHAN Systematic Review No. 5. *Int J Prev Med* 2012; 3(Suppl 1): S34-S41.
9. Chang L. Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20(Suppl 7): 31-9.
10. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144(1): 218-38.
11. Mohaghegh SH, Soori H, Khoshkrood MB, Vahedi M, Moghimi-Dehkordi B, Pourhoseingholi MA, et al. Direct and indirect medical costs of functional constipation: a population-based study. *Int J Colorectal Dis* 2011; 26(4): 515-22.
12. Moghimi-Dehkordi B, Vahedi M, Pourhoseingholi MA, Khoshkrood MB, Safaee A, Habibi M, et al. Economic burden attributable to functional bowel disorders in Iran: a cross-sectional population-based study. *J Dig Dis* 2011; 12(5): 384-92.
13. Saberi HR, Moravveji AR. Gastrointestinal complaints in shift-working and day-working nurses in Iran. *J Circadian Rhythms* 2010; 8: 9.
14. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(11): 3130-7.
15. Zhao YF, Ma XQ, Wang R, Yan XY, Li ZS, Zou DW, et al. Epidemiology of functional constipation and comparison with constipation-predominant irritable bowel syndrome: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China (SILC). *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34(8): 1020-9.
16. Hinds JP, Stoney B, Wald A. Does gender or the menstrual cycle affect colonic transit? *Am J Gastroenterol* 1989; 84(2): 123-6.
17. Wald A, Van Thiel DH, Hoechstetter L, Gavalier JS, Egler KM, Verm R, et al. Gastrointestinal transit: the effect of the menstrual cycle. *Gastroenterology* 1981; 80(6): 1497-500.
18. Chen LY, Ho KY, Phua KH. Normal bowel habits and prevalence of functional bowel disorders in Singaporean adults--findings from a community based study in Bishan. *Community Medicine GI Study Group. Singapore Med J* 2000; 41(6): 255-8.
19. Gonenne J, Esfandyari T, Camilleri M, Burton DD, Stephens DA, Baxter KL, et al. Effect of female sex hormone supplementation and withdrawal on gastrointestinal and colonic transit in postmenopausal women. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18(10): 911-8.
20. Ebling B, Gulic S, Jurcic D, Martinac M, Gmajnic R, Bilic A, et al. Demographic, anthropometric and socioeconomic characteristics of functional constipation in Eastern Croatia. *Coll Antropol* 2014; 38(2): 539-46.
21. Pourhoseingholi MA, Kaboli SA, Pourhoseingholi A, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Mansoori BK, et al. Obesity and functional constipation; a community-based study in Iran. *J Gastrointestin Liver Dis* 2009; 18(2): 151-5.
22. Sonnenberg A, Koch TR. Epidemiology of constipation in the United States. *Dis Colon Rectum* 1989; 32(1): 1-8.
23. Chu H, Zhong L, Li H, Zhang X, Zhang J, Hou X. Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China. *Gastroenterol Res Pract* 2014; 2014: 532734.
24. Pourhoseingholi A, Safaee A, Pourhoseingholi MA, Moghimi-Dehkordi B, Habibi M, Vahedi M, et al. Prevalence and demographic risk factors of gastrointestinal symptoms in Tehran province. *Ital J Public Health* 2010; 7(1): 42-6.
25. Choung RS, Locke GR 3rd, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988-2003. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26(11-12): 1521-8.
26. Chang JY, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Risk factors for chronic constipation and a possible role of analgesics. *Neurogastroenterol Motil* 2007; 19(11): 905-11.
27. Jun DW, Park HY, Lee OY, Lee HL, Yoon BC, Choi HS, et al. A population-based study on bowel habits in a Korean community: prevalence of functional constipation and self-reported constipation. *Dig Dis Sci* 2006; 51(8): 1471-7.
28. Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, Lovitz AJ. Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 1982; 83(3): 529-34.

Epidemiology of Constipation and Functional Constipation and their Risk Factors in Iranian Population

Ammar Hassanzadeh-Keshteli¹, Marsa Sadat Hashemi-Jazi², Babak Dehestani¹, Peyman Adibi³

Original Article

Abstract

Background: Constipation and functional constipation are of the prevalent functional gastrointestinal disorders with negative effects on health-related quality of life and have high socioeconomic burden. In this study, the prevalence of these disorder and their related factors were evaluated.

Methods: This study was a part of a great study with 4763 participants that evaluated constipation and functional constipation using Rome III questionnaire and demographic questionnaire.

Findings: The prevalence of constipation and functional constipation were 33.4% and 15.2%, respectively and both were more common in women than men. Sensation of incomplete defecation was the most prevalent symptom. Using manual maneuver was the less prevalent and most severe symptom. Having hard stool was the mildest symptom among participants. All Symptoms was more prevalent in women.

Conclusion: Constipation and functional constipation are prevalent disorders around the world. These conditions need more attention and attempts to prevent and treat.

Keywords: Constipation, Functional constipation, Risk factors

Citation: Hassanzadeh-Keshteli A, Hashemi-Jazi MS, Dehestani B, Adibi P. **Epidemiology of Constipation and Functional Constipation and their Risk Factors in Iranian Population.** J Isfahan Med Sch 2016; 34(404): 1282-9.

1- General Practitioner, Integrative Functional Gastroenterology Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran
2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Professor, Integrative Functional Gastroenterology Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Peyman Adibi, Email: adibi@med.mui.ac.ir